

**Udzielający zamówienia:**  
**Urząd Miasta Krakowa**  
**Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia**  
**ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków**  
**tel. 12/ 616-97-86**

Załącznik nr 1b  
do ogłoszenia stanowiącego  
załącznik do zarządzenia  
Prezydenta Miasta Krakowa  
nr 2901/2021  
z dnia 15 października 2021 r.

**Formularz ofertowy na lata 2021 - 2023**  
**„Program profilaktyki zachorowań na grypę dla dzieci w wieku 6-60 miesięcy**  
**w Gminie Miejskiej Kraków”**

*(pieczęć oferenta)*

**Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia):**

**I. Dane oferenta**

<b>Nazwa oferenta</b> <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>		
<b>Organ dokonujący wpisu</b>		
<b>Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej</b>		
<b>Adres siedziby oferenta</b> <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>		
<b>Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji</b> <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>		
<b>Nr NIP oferenta</b>		
<b>Nr REGON oferenta</b>		
<b>Telefon kontaktowy/ fax do osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta</b>	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
<b>Telefon kontaktowy/ fax do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty</b>	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
<b>e-mail</b>		
<b>Numer rachunku bankowego</b>		

**DO OFERTY MOŻNA DOŁĄCZYĆ:** certyfikat/y jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) lub certyfikat poświadczający, że podmiot leczniczy jest przyjazny pacjentowi - nie są obowiązkowe, niemniej jednak są punktowane.

**II. Elementy oferty podlegające ocenie Komisji**  
*- podawane informacje powinny dotyczyć miejsc, w których realizowany będzie Program:*

**Kryteria oceny oferty**

**1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do realizacji Programu:**

Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Czas, od kiedy osoba zatrudniona jest u oferenta (data)	Posiadane specjalizacje – dot. lekarzy. Pielęgniarki – informacja o posiadanym kursie szczepień ochronnych (należy wpisać: Tak lub Nie)	Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)	Posiadane doświadczenie w realizacji programu/ów zdrowotnych/ programu/ów polityki zdrowotnej (nazwa, lata realizacji i wskazanie zlecającego program od 2015 r. )	Numer prawa wykonywania zawodu
------------------------------------	--	--	--	---	--------------------------------------

**Lekarze**

1.					
2.					
3.					

**Pielęgniarki**

1.					
2.					
3.					

**Liczba punktów przyznanych przez Komisję**  
(od 0 do 3 pkt)

..... pkt

**2. Lokalizacje i pomieszczenia, w których realizowany będzie Program:**

<b>Pomieszczenia niezbędne do realizacji</b>	<b>Gabinet lekarski (1 gabinet) i gabinet przygotowawczo- zabiegowy lub zabiegowy</b>	.....(tak/nie)
--	---	----------------

<b>Programu:</b>	Gabinety lekarskie (więcej niż 1 gabinet) i gabinet przygotowawczo-zabiegowy lub zabiegowy	..... (tak/nie)
	Punkt szczepień działający u realizatora Programu	.....(tak/nie)
<b>Lokalizacje:</b>	Program realizowany w 1 lokalizacji, tj. placówce oferenta	.....(tak/nie)
	Program realizowany w 2 lokalizacjach, tj. placówkach oferenta.	.....(tak/nie)
	Program realizowany w więcej niż 2 lokalizacjach, tj. placówkach oferenta.	.....(tak/nie)
<b>Adres/y lokalizacji Oferenta, w której/-ych będzie realizowany Program (punkty są przyznawane w zależności od liczby lokalizacji)</b>		1. .... 2..... 3..... 4.....
<b>Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 8 pkt)</b>		.....pkt
<b>3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:</b>		
<b>Dostępność do Programu:</b>	Oferent zapewnienia możliwości rejestracji telefonicznej oraz w punkcie, w którym będzie realizowany Program, a także zapewnia informację o Programie, co najmniej w punkcie, telefonicznie oraz na stronie internetowej, (jeżeli posiada). Wskażać nr telefonu:	<u><b>TAK</b></u> tel.....
	Liczba dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku), w których realizowany będzie Program przez co najmniej 6 godzin dziennie	<u><b>5 dni</b></u>
	Należy wpisać ile dni w tygodniu Program będzie realizowany nie krócej niż do godz. 18.00	.....dni
	W ile sobót będzie realizowany Program w każdym miesiącu realizacji Programu przez co najmniej 3 godziny dziennie	..... liczba sobót

	Należy wpisać godziny pracy (od .. do...) w poszczególne dni tygodnia	Pon..... Wt..... Śr..... Cz..... Pt..... So.....
	Należy wpisać, czy prowadzona będzie tzw. lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie	.....(tak/nie)
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)		.....pkt
<b>4. Dodatkowe punkty – wymogi pożądane:</b>		
Odrębna linia telefoniczna wyłącznie na potrzeby Programu lub innych programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków finansowych Miasta Krakowa	Oferent deklaruje, że w przypadku przyjęcia oferty w terminie do dnia zawarcia umowy uruchomi odrębną linię telefoniczną (należy wpisać: Tak lub Nie)	..... (tak/nie)
Posiadanie, co najmniej jednego certyfikatu jakości udzielanych świadczeń medycznych	Oferent informuje, czy posiada, co najmniej jeden certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (należy wpisać: Tak lub Nie)	.....(tak/nie)
Posiadanie certyfikatu poświadczającego, że podmiot leczniczy jest przyjazny pacjentowi	Oferent informuje, czy posiada, certyfikat poświadczający, że podmiot leczniczy jest przyjazny pacjentowi (należy wpisać: Tak lub Nie)	.....(tak/nie)
Posiadanie aktualnej w dniu składania oferty umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia w zakresie „POZ” lub „AOS”	(należy wpisać: Tak lub Nie)	.....(tak/nie)
Realizacja umowy z Urzędem Miasta Krakowa	Oferent informuje, że zrealizował w 2020 r. w zakresie miejskiego lub dzielnicowego programu polityki zdrowotnej, co najmniej jedną umowę zawartą z UMK na poziomie, co najmniej 90% (należy wpisać: Tak lub Nie)	.....(tak/nie)

<b>Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 5 pkt)</b>	.....pkt
<b>Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję (0 – 19 pkt)</b>	.....pkt

**Proponowane ceny realizacji Programu**

**Uwaga: W ramach Programu oferent zapewnia dostępność dwóch postaci szczepionki (iniekcyjne oraz donosową). Oferent ma podać cenę brutto dla każdej postaci szczepionki.**

<b>Proponowane ceny realizacji Programu:</b>	<b>Jednostkowa cena brutto kwalifikacji lekarskiej</b>	.....zł brutto
	<b>Szczepionka czterowalentna przeciw grypie - iniekcyjna</b>	
	<b>Jednostkowa cena brutto jednej dawki szczepionki czterowalentnej iniekcyjnej wraz z usługą jej podania</b>	..... zł brutto
	<b>Szczepionka czterowalentna przeciw grypie - donosowa</b>	
	<b>Jednostkowa cena brutto jednej dawki szczepionki czterowalentnej donosowej wraz z usługą jej podania</b>	..... zł brutto
	<b>Jednostkowa cena brutto kosztów administracyjnych w odniesieniu do jednego dziecka (edukacja rodziców/ opiekunów dzieci uczestniczących w Programie, przeprowadzenie ankiet, zebranie wywiadu telefonicznego, zgodnie z Działem IV Ogłoszenia konkursowego)</b>	.....zł brutto

**Oświadczenia:**

- Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- Oświadczam, że pomieszczenia, w których realizowany będzie Program spełniają warunki higieniczno-sanitarne do prowadzenia działalności zgodnie z przeznaczeniem i spełniają wymogi zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
- Oświadczam, że w przypadku wyboru niniejszej oferty, oferent, którego reprezentuję nie będzie przedstawiał do rozliczenia świadczeń rozliczonych w Gminie Miejskiej Kraków, do innych podmiotów, w tym do Narodowego Funduszu Zdrowia.
- Oświadczam, że w przypadku wyboru niniejszej oferty wskazany w ofercie personel medyczny do realizacji Programu, będzie wykonywał Program poza harmonogramem pracy, wynikającym z umowy finansowanej z innych środków, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
- Oświadczam, że informacje o kwalifikacjach osób wskazanych w ofercie, które będą udzielały świadczeń w związku z realizacją Programu są zgodne z wymaganiami obowiązujących przepisów prawnych i aktualnym stanem faktycznym w zakresie posiadanych uprawnień, kwalifikacji i doświadczenia zawodowego.

- 6) Oświadczam, że oferent którego reprezentuję, postępuje zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami o ochronie danych osobowych przy ich zbieraniu, przetwarzaniu i przekazywaniu.
- 7) Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.

*(data, podpis i pieczęć oferenta lub osób/osób upoważnionej / upoważnionych do jego reprezentacji)*

**Ocena oferty przez Komisję Konkursową (wypełnia Komisja):**

**Oferta przyjęta pod względem spełniania wymagań formalnych (Tak / Nie)**

**Przyczyna odrzucenia oferty:**

*(Uwagi Komisji Konkursowej)*

**Decyzja Komisji Konkursowej:**

**Oferta przyjęta do realizacji: TAK/NIE**

*(wskazanie powodów przyjęcia/nieprzyjęcia oferty)*

**Data oceny:**

**Podpis:**

**Przewodniczący Komisji konkursowej**

**Członkowie Komisji konkursowej:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.